



## DECLARACIÓN DE DERECHOS PARA PADRES O TUTOR BAJO EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN Y BENEFICIOS PARA TRABAJADORES

### Recordatorio

Si está firmando con poder notarial, envíe una copia del poder si no lo ha hecho anteriormente. Para su protección, hacemos una comparación entre su firma y la firma de cheques que estén endosados a su nombre.

\*

**Para que los beneficios continúen sin interrupción, esta Declaración de Derechos tiene que ser completada, firmada, notarizada y regresada al departamento dentro de 30 días a partir de la fecha en que la recibió.**

Escriba el nombre de la persona que tiene custodia legal (use letra de molde)		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Es la dirección residencial igual a la dirección postal?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si NO, escriba la dirección residencial		

La definición de padres o tutor incluye a una viuda(o) que estaba recibiendo una pensión y se ha casado nuevamente pero retiene el cuidado y la custodia de los hijos menores de edad o discapacitados o dependientes, u otra persona que tenga bajo su custodia y cuidado hijos menores de edad o discapacitados o dependientes del trabajador. Esta persona ahora recibe los beneficios de pensión para los hijos/dependientes.

Los hijos o dependientes viven conmigo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si NO, escriba los nombres y direcciones de los dependientes que no viven con usted.	

Cualquier cambio en el estado de los dependientes o los hijos por los cuales usted está recibiendo pensión debe ser reportado. Cambios en las circunstancias de dependencia pueden requerir un ajuste en los beneficios mensuales. Cambios en la dependencia incluyen: fallecimiento, matrimonio, encarcelamiento, emancipación o cambio en la custodia y cuidado de los dependientes. **Si no reporta cambios de los dependientes o encarcelamientos para continuar recibiendo beneficios a los que usted no tuviera derecho, podría resultar en cargos civiles o criminales.**

¿Ha ocurrido algún cambio en las circunstancias de dependencia de cualquiera de los niños por los que usted está recibiendo beneficios bajo el programa de compensación para trabajadores?	
Si <input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> Si ha ocurrido algún cambio en la dependencia por favor proporcione la siguiente información.	
Nombre del dependiente por el cual usted está reportando el cambio	
Fecha efectiva del cambio de dependencia	Explicación:

#### Se Requiere Firma del Notario

Subscribed and sworn to before me this date (Fecha)
Notary public signature (Firma)
For the state of (En el estado de:)
Residing at (Dirección)
My commission expires (Fecha de vencimiento de la licencia)

**Bajo pena de perjurio, yo hago constar que las declaraciones arriba mencionados son verdaderas.** Si firma con una "X", por favor pídale a un testigo que escriba su nombre, luego haga su marca personal.

Nº de Seguro Social (Sólo para identificación)	Nº de teléfono ( )
Fecha	Firma
<i>Si firma con una "X", escriba el nombre del testigo en esta casilla.</i>	